

一般外来問診票

ふりがな 名 前		ご職業 ()				
生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢 歳	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所 〒						
電話 () —			身長	cm	体重	kg 体温 °C

1) 本日はどのような症状, あるいは目的で来られましたか?

コロナ検査希望	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	その他検査希望	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	日前から	(°C)
咳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	日前から		
鼻水	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	日前から		
喘鳴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	日前から		
咽頭痛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	日前から		
嘔気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	日前から		
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	日前から	回	
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	日前から	回 (水便	ドロドロ 軟らかめ)
食欲	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし→	(食事量)
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	(最後に出たのは		日前)
頭痛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	日前から		
臭覚障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	日前から		
味覚障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	日前から		
全身倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	日前から		
既往歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	(悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、高血圧、糖尿病 脂質異常症、肥満、喫煙歴、その他)		
渡航歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→			
ワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→	()

その他 (処方希望の有無、症状の程度や服薬の有無など、お書き下さい)

新型コロナ感染症に関する行動歴などがあればご記入下さい。

(例) 1週間前に大阪へ買い物に行った。食事もした (いつ頃・どこへ・どんな行動)。

本人、家族が新型コロナウイルスに罹った。

(新型コロナウイルス感染が疑われる場合、誰からの感染と思われますか。

その方はいつからどのような症状があり、いつ診断されましたか)。

一般外来問診票

なまえ
名前

- ① 通われている園・学校名を教えてください。

園・学校名 ()

- ② ご本人やご兄弟の通われている園や学校は、学級・学年閉鎖、休校になっていますか？

いいえ はい

- ③ ご本人やご家族の方の所属先で、2週間以内にコロナウイルス感染症と確認された方はおられますか？

いない いる

新型コロナウイルス感染が疑われる場合、誰からの感染と思われますか。
その方はいつからどのような症状があり、いつ診断されましたか。

()

- ④ 保護者、同居のご家族の方に、1週間以内に発熱、咳、咽頭痛等の症状がある方はおられますか？

いない いる

誰が、どのような症状がいつからありますか。

()

- ⑤ ワクチンについて

今シーズンに入ってから、インフルエンザワクチンは接種されましたか？

はい いいえ

コロナウイルス感染症のワクチンは接種されましたか？

はい いいえ